

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

549

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DEQUIER, épouse DEMONT Andrée, Sylviane

Née le 12 décembre 1944, à Brie-Comte-Robert (Seine-et-Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 20 mai 1970

**ETUDE DES COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES
PAR METASTASES VERTEBRALES
D'ORIGINE THYROIDIENNE**

Président : M. TUBIANA, Professeur

PARIS — 1970



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550207_0033

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DEQUIER, épouse DEMONT Andrée, Sylviane

Née le 12 décembre 1944, à Brie-Comte-Robert (Seine-et-Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 20 mai 1970

**ETUDE DES COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES
PAR METASTASES VERTEBRALES
D'ORIGINE THYROIDIENNE**

Président : M. TUBIANA, Professeur

PARIS — 1970

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNÉE 1970

1970

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME DÉPOSÉ

PAR

REGNIER, épouse DEMONT André, Sylvain

(né le 10 mai 1942 à Boulogne-Billancourt (Seine-Doune))

Présentée et soutenue publiquement le 20 mai 1970



ETUDE DES COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES PAR MÉTASTASES VERTÉBRALES D'ORIGINE THYROÏDIENNE

Présentée à l'Université de Leiden

A mes parents,

A mon mari,

A mes fils.

A Monsieur le Professeur M. TUBIANA

Médecin des Hôpitaux

Professeur à la Faculté de Médecine

Chaire de Radiologie

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur Pierre PASQUIER

Médecin de l'Hôpital de la Croix Saint Simon

Chef de Service

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous
a guidé par ses précieux conseils dans l'élaboration
de ce travail.

Témoignage de notre sincère et
profonde reconnaissance.

I N T R O D U C T I O N

A propos d'un cas personnel de compression médullaire secondaire à une métastase vertébrale d'un cancer thyroïdien qui nous avait frappé par la longueur de son évolution, nous avons cherché à préciser :

- 1) La fréquence des complications neurologiques par métastases vertébrales d'origine thyroïdienne.
- 2) Leur date d'apparition et leur durée d'évolution.
- 3) L'efficacité de la thérapeutique.

Notre étude porte sur 18 observations de l'Institut Gustave Roussy que nous avons pu consulter dans le service du Professeur TUBIANA, ainsi que sur divers cas relevés dans la littérature.

Nous adopterons le plan suivant :

- Observation personnelle.
- Observations de l'Institut Gustave Roussy.
- Discussion de ces cas.
- Revue de la littérature.
- Conclusions.

OBSERVATION PERSONNELLE

Madame M.V. âgée de 69 ans, est hospitalisée dans le service de médecine du Docteur PASQUIER à l'Hôpital de la Croix Saint Simon en Aout 1966 à la demande de son médecin traitant pour des douleurs rachidiennes :

- d'une part dorsales,
- d'autre part lombo-sacrées irradiant dans le territoire sciatique gauche avec anesthésie du bord externe du pied gauche.

A l'examen somatique de cette malade, en bon état général, deux ordres d'éléments dominaient :

1) Des signes de souffrance rachidienne au niveau de D_5-D_6 et de la charnière lombosacrée.

- douleurs dorsales en hémiceinture et au niveau de la fesse droite puis douleurs de type sciatique gauche exagérées par la toux et les efforts.

A l'examen :

- Sciatique L5-SI avec atteinte du péronier, du soléaire et du jambier postérieur.
- Rotuliens vifs, achilléen gauche aboli
- Troubles de la sensibilité du bord externe du pied gauche.
- Douleurs à la pression de la 6e vertèbre dorsale.

2) Des anomalies thyroïdiennes : perception d'un nodule du lobe gauche avec adénopathies jugulo-carotidiennes homolatérales.

Les mêmes éléments sont retrouvés dans ses antécédents :

- Intervention en 1922 et 1929 pour goitre sans donn anatomopathologique.

- Récidive du goitre en 1963 traitée par l'iode radio-actif.

- En 1961, consultation à l'Hôpital COCHIN pour troubles de la marche ; les signes physiques permettaient de suspecter une paraplégie débutante mais la malade refuse l'hospitalisation nécessaire.

Les examens effectués dans le service montrèrent :

- une lyse des pédicules de la 5e vertèbre dorsale,
- sur la cartographie, des reliquats de tissus thyroïdiens.

Malgré l'absence de fixation au niveau des lésions vertébrales, leur origine thyroïdienne ne faisait aucun doute. La conduite adoptée fut la suivante :

- Exérèse chirurgicale totale de la tumeur thyroïdienne primitive le 16 Aout qui se révéla être un épithélioma trabéculo-vésiculaire.

- Nouvelle cartographie le 25 montrant une fixation sacrée et thoracique supérieure droite mais pas de fixation au niveau de D₅, à la suite de laquelle la malade reçoit 200 mc d'I₁₃₁ (le 31 Aout).

Malgré le traitement les signes de compression s'aggravent avec apparition de troubles sensitifs au niveau de S₂, S₃, S₄ à gauche, atteinte des péroniers et du grand fessier à droite, des troubles de la sensibilité et des troubles sphinctériens s'accompagnant d'une altération de l'état général. La mort survient 7 mois plus tard (Mars 1967) dans un tableau de paraplégie flasque et de cachexie.

Au total, chez cette femme les premières manifestations thyroïdiennes eurent lieu 39 ans avant les premiers signes de compression médullaire qui évoluèrent pendant 6 ans.

OBSERVATIONS DE L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

OBSERVATION N° I

Madame N... née en 1905 subit en 1933 une hystérectomie + annexectomie pour tumeur ovarienne qui se révéla être à l'examen anatomo-pathologique du tissu thyroïdien dystrophique sans caractère de malignité apparent.

Trois ans plus tard, l'apparition de dorsalgies sans trouble neurologique, révèle une lyse importante du corps vertébral de D₅ ; une radiothérapie est alors pratiquée avec succès puisque les troubles disparaissent entièrement jusqu'en Mars 1965, époque à laquelle la malade âgée de 59 ans consulte pour la première fois à Gustave Roussy pour :

- des douleurs lombaires,
- une fatiguabilité à la marche,
- des paresthésies des membres inférieurs.

On note alors :

- une hypertrophie du lobe thyroïdien droit, par ailleurs mobile et homogène, de consistance élastique,

et radiologiquement,

- un aspect "cicatriciel" de D₅,
- une lyse du corps vertébral de L_I.

Après radiothérapie lombaire par 3 champs croisés, rapidement efficace sur les douleurs, est pratiquée en Aout 1965 une fixation d'I₁₃₁ qui montre :

- une zone lacunaire au niveau du lobe thyroïdien droit,
- une fixation au niveau de D₄ - D₅ - D₁₁ - L₁ et du sternu

Le traitement comporte alors :

- une thyroïdectomie totale (Décembre 1965) révélant un épithélioma micro-vésiculaire très différencié,
- administration de 300 µc d'I₁₃₁ en post-opératoire puis 100 mc en 1966.

Il ne peut enrayer la diffusion des métastases rachidiennes, crâniennes, pulmonaires et l'évolution fatale en 1968.

- 7 -

OBSERVATION N° 2

Madame M... présentait depuis 1922 un goitre prédominant à gauche pour lequel il fut fait en 1945 une lobectomie avec collier de radium en post-opératoire, puis en 1948 une isthme-tomie avec second collier de radium. 9 mois plus tard apparaissent des douleurs latéro-thoraciques aggravées par la toux, allant s'accroissant et une marche difficile avec douleurs dans les membres inférieurs.

A l'examen d'Avril 1949 existe une saillie vertébrale au niveau de D₄ - D₅ et un décalage sur les radios.

Une radiothérapie est entreprise ; elle reçoit I 600 r X 3 de juin à août 1949. Les douleurs persistent mais la marche devient plus facile.

En Octobre apparaissent des métastases cérébrales et les signes de compression médullaire s'aggravent : une nouvelle série de radiothérapie thyroïdienne, dorsale (3 fois I 500 r en Février 1951) améliore les signes cliniques mais en Mai 1951 de nouvelles métastases osseuses et cérébrales apparaissent. La malade meurt en janvier 1952.

OBSERVATION N° 3

Monsieur D... est hospitalisé à Villejuif en 1950 à l'âge de 36 ans pour :

- des modifications d'un goitre ancien connu depuis 10 ans, devenu volumineux, surtout à gauche, très dur mais indolore, accompagné d'adénopathies jugulo-carotidiennes bilatérales et sus-claviculaires gauches,

- des douleurs très violentes de la face postérieure de la cuisse et de la jambe gauche avec diminution de la force musculaire mais sans signes pyramidaux.

L'examen radiologique met en évidence une atteinte lytique de L₄.

La cartographie montre un lobe gauche muet et une absence de fixation au niveau de L₄.

La thyroïdectomie est pratiquée rapidement. Il s'agit d'un épithélioma atypique. Elle est suivie d'une radiothérapie rachidienne qui n'évite pas l'évolution vers la paraplégie complète avec troubles sphinctériens et le décès en janvier 1951.

OBSERVATION N° 4

Madame G... née en 1893 présente depuis 1944 un nodule thyroïdien qui semble augmenter lentement de volume quand s'installent en décembre 1950 des douleurs sacrées et du membre inférieur droit. L'énucléation du nodule qui se révèle être un épithélioma vésiculo-trabéculaire différencié a lieu en Mars 1951 puis est suivie de radiothérapie sur les lésions osseuses.

5 mois plus tard, une cartographie montre un corps thyroïde homogène et l'existence de métastases sacrées. La malade reçoit 82 mc d'I₁₃₁.

En Décembre 1951, découverte d'une métastase au niveau de L₃ fixant l'iode, traitée par 100 mc d'I₁₃₁ avec succès clinique et radiologique.

En 1953, réapparition de douleurs du membre inférieur droit s'accompagnant de troubles de la marche. Sur les radios : images lytiques au niveau du cotyle et de D₈ et D₁₁, cette dernière étant seule iodofixante.

Une radiothérapie rachidienne est entreprise qui n'évite pas l'apparition d'une métastase au niveau de D₁₂ puis le décès de la malade en juillet 1954.

OBSERVATION N° 5

Madame V... née en 1893 avait subi deux interventions sur le corps thyroïde en Novembre 1946 puis en Décembre 1951 pour récédive d'un goitre qui se révéla être un "adénome foetale".

En Juillet 1952, elle présente des douleurs dorsales avec écrasement de D_{10} et D_{11} sur les radios ; seule D_{11} fixe l'I₁₃₁.

La malade reçoit 100 mc d'I₁₃₁ et est perdue de vue jusqu'en Juin 1953, époque à laquelle les douleurs vertébrales deviennent très violentes ; une nouvelle métastase est apparue au niveau de C_7 . Une radiothérapie est entreprise et améliore les douleurs.

La malade décède en 1957 d'une crise cardiaque.

OBSERVATION N° 6

Monsieur M... né en 1897 est admis à Gustave Roussy au début 1952 pour des douleurs dorsales au niveau de D₉ - D₁₀ - D₁₁ correspondant à une lyse des 8e, 9e, 10e corps vertébraux, avec angulation. Ces images de néoplasie secondaire sont rapidement attribuées à une origine thyroïdienne du fait de la découverte d'un nodule du lobe gauche muet sur la cartographie.

Une thyroïdectomie totale a lieu en Mai ; il s'agit d'un épithélioma vésiculaire.

Sur une nouvelle cartographie, les métastases ne fixant pas l'iode, une radiothérapie est entreprise, 2 000 r puis 1 200 r, malgré laquelle les signes de compression s'accroissent. Une paraplégie flasque avec troubles sphinctériens s'installe en Juillet 1952.

Le malade décède en Février 1953, un an après le début des signes cliniques.

OBSERVATION N° 7

Madame L... née en 1887 subit en 1948 une lobectomie droite pour un goitre apparu en 1933 et ayant augmenté de volume. Nouvelle intervention en 1952 pour une récurrence. Il s'agit d'un épithélioma trabéculaire.

Un an plus tard, découverte d'opacités pulmonaire cardiophréniques droites traitées par radiothérapie, 2 000 r X 4.

Elle est hospitalisée en Mars 1954 pour des douleurs radiculaires dorsales avec ébauche d'un syndrome pyramidal sous-jacent. Sur les radios il existe une ostéolyse importante de D₁₀ - D₁₁.

Malgré la radiothérapie, la malade, en mauvais état général, meurt en Novembre 1954, soit 8 mois après le début des signes de compression.

OBSERVATION N° 8

Monsieur L... âgé de 67 ans présente depuis 2 ans des douleurs rachidiennes et intercostales mal interprétées, quand s'installe brutalement en Avril 1955 une paraplégie, spasmodique. Une laminectomie révèle la nature de la lésion : épithélioma d'origine thyroïdienne très différencié, de type vésiculaire.

L'intervention est suivie d'une radiothérapie, 3 000 r en deux mois puis d'une greffe en Octobre 1955. La récupération est bonne mais peu durable puisque les douleurs réapparaissent en Avril 1956, date à laquelle le malade est hospitalisé à Villejuif. Il existe alors une paraplégie spasmodique.

Sur la cartographie, la fixation au niveau de la thyroïde est homogène et la zone des métastases muette. Le malade reçoit 100 mc d'I₁₃₁.

En Mai, les métastases fixent l'iode. Il reçoit successivement 90 mc d'I₁₃₁ et 50 mc d'I₁₃₁. Son état s'améliore et on observe une recalcification vertébrale.

Le malade ne consulte plus jusqu'en janvier 1958. Il existe alors une paraplégie spasmodique sans trouble sphinctérien. Sur les radios : lyse vertébrale importante de D₃- D₅- D₆-D₇- D₈ et au niveau des 7e et 8e côte.

Ces métastases étant fixantes, il reçoit 100 mc d'I₁₃₁ en Février, puis 100 mc d'I₁₃₁ en Mai 1958. Mais de nouvelles métastases vertébrales et pulmonaires apparaissent. Le malade est alors perdu de vue. Il décède en Avril 1963, soit 10 ans après les premières manifestations cliniques.

OBSERVATION N° 9

En Juillet 1956, à l'âge de 33 ans, Monsieur P... constate une tuméfaction cervicale droite augmentant rapidement de volume.

Une hémithyroïdectomie droite est pratiquée en Aout révélant un épithélioma atypique ; apparaissent alors des métastases costales, puis en Décembre 1956, après deux mois de douleurs lombaires, s'installe une monoplégie crurale gauche avec rétention d'urine. On note aussi une parésie faciale droite puis une atteinte des VI, VII, X, XI, XII paires crâniennes.

L'évolution est foudroyante avec paraplégie complète flasco-spasmodique avec troubles sphinctériens.

Le malade meurt en Janvier 1957.

OBSERVATION N° 10

Madame G... subit en 1954 à l'âge de 60 ans une thyroïdectomie partielle (lobe gauche + isthme) pour un goitre connu depuis 14 ans, ayant augmenté récemment de volume.

L'histologie est difficile à interpréter, l'aspect étant celui d'une dystrophie avec cellules de Hurthe ; les données cliniques et anatomiques étant en faveur d'un néoplasme. Une radiothérapie locale est pratiquée.

Trois ans plus tard, apparition de douleurs lombaires liées à une lyse partielle de L₅. La lésion fixant l'iode la malade reçoit 100 mc d'I₁₃₁. L'amélioration clinique est notable mais temporaire.

Trois mois plus tard les douleurs réapparaissent, la marche devient difficile ; sur les radios, la lyse de L₅ est très accentuée. La fixation lombaire étant insuffisante, l'état de la malade se dégradant rapidement, une radiothérapie est entreprise (1 500 r X 3) en Octobre. Les signes régressent en 1 mois ...

La malade est revue en Avril 1959 ayant des métastases pulmonaires iodofixantes. Elle reçoit 100 mc d'I₁₃₁.

En Novembre 1960 apparaissent une métastase pariéto-occipitale et des douleurs à type de sciatique gauche.

La malade n'est pas revue ; on apprend son décès en 1964.

OBSERVATION N° 11

Monsieur C... subit en Janvier 1959 à l'âge de 36 ans une lobectomie gauche + isthmectomie et curage cervical gauche pour un néoplasme thyroïdien de type vésiculo-trabéculaire ; une radiothérapie complémentaire de 6 000 r suit l'intervention.

En 1961 apparaissent des métastases sacrées, sternales et scapulaires gauches iodofixantes. Le malade reçoit d'Octobre 1961 à Mai 1963 5 doses de 100 mc d'I₁₃₁.

Fin 1963, apparaissent des douleurs lombaires liées à une lyse de L₅ iodofixante ; il reçoit à nouveau 3 doses de 100 mc d'I₁₃₁. Les douleurs régressent jusqu'en décembre 1964 date à laquelle s'installe une sciatique droite. Une radiothérapie est entreprise, 3 000 r au niveau de L₅ car la fixation d'I₁₃₁ est insuffisante.

En Avril 1965, la marche est possible, il conserve quelques douleurs lombaires.

Mais les métastases se multiplient rapidement et le malade décède en Juillet 1965.

OBSERVATION N° 12

Monsieur G... né en 1909 subit en Juin 1967 une laminectomie au niveau de D₇ pour une paraplégie spasmodique dont les premières manifestations remontent à plus de 3 ans.

L'enquête étiologique met rapidement en évidence un nodule thyroïdien. Une thyroïdectomie est pratiquée en Juillet. Il s'agit d'un adénocarcinome trabéculo-alvéolaire. Le malade est alors adressé à Gustave Roussy pour traitement.

On constate :

- l'existence de douleurs en ceinture,
- des réflexes ostéo-tendineux vifs,
- un Babinski bilatéral.

La marche est normale.

Il existe une fixation au niveau de D₇.

Le traitement comporte :

- 100 mc d'I₁₃₁
- Radiothérapie locale, 4 400 r.

Un mois plus tard le malade n'est pas amélioré et la métastase au niveau de D₇ ne fixe plus.

En Janvier 1968, apparaissent des douleurs et une lyse au niveau de l'omoplate droite.

Fin 1968, le malade marche normalement, se plaint uniquement de douleurs dorsales.

OBSERVATION N° 13

Madame M... porteuse d'un goitre depuis 1963 présente en 1966 des douleurs cervicales. Les radios mettent en évidence une lyse au niveau de C₆, de l'os iliaque et du sacrum.

Une biopsie au niveau d'un noyau iliaque palpable met en évidence son origine thyroïdienne. Il s'agit d'une néoplasie de type vésiculaire.

Le tableau clinique se complète de douleurs au niveau de l'épaule droite avec paresthésie de la main correspondante.

Le traitement comprend la pose d'une minerve et une double irradiation, cervicale et iliaque, de 5 000 r.

Malgré le traitement la malade ressent de violentes douleurs au niveau des membres supérieurs. A l'examen on constate une hyperflexivité du membre supérieur gauche et un syndrome de Claude Bernard Horner. Les lésions radiologiques de C₆ sont inchangées, d'autres sont apparues au niveau de D₁₁ et de L₅-S₁.

En Février 1967, le nodule thyroïdien est froid, seule la masse iliaque est iodofixante. La malade reçoit 100 mc d'I₁₃₁.

En Mars, les signes cliniques sont inchangés mais les lésions ne fixent plus. Une radiothérapie est entreprise au niveau de D₁₁-D₁₂ : 4 500 r. L'atteinte cervicale s'aggrave. L'importance

du déficit des membres supérieurs droit et gauche impose une intervention de décompression.

La malade est revue en Janvier 1968 avec une paralysie du membre supérieur droit et une paraplégie spasmodique, les mouvements volontaires sont impossibles.

Elle décède dans la même année.

OBSERVATION N° 14

Madame R... née en 1892 présente un goitre de la grosseur d'une mandarine depuis l'âge de 25 ans ; en 1964 il augmente progressivement de volume, devient plus ferme et entraîne des troubles de compression, dysphagie et dyspnée paroxystique.

Lorsqu'elle consulte en octobre 1965, on découvre des métastases pulmonaires disséminées et une métastase iliaque gauche.

Un mois plus tard apparaissent des douleurs de type radiculaire dans le territoire du sciatique gauche avec troubles sensitifs et sur les radios une lyse au niveau de L₄. Une radiothérapie est entreprise au niveau de L₃- L₄- L₅ (3 000 r)

Une surdité et un ptosis à gauche avec lyse de la pointe du rocher entraînent une nouvelle radiothérapie de 3 000 r en Décembre car les métastases ne sont pas iodofixantes.

Après une amélioration passagère, les douleurs et une gêne de la marche réapparaissent en Mai 1967. La malade reçoit à nouveau 3000 r.

Elle décède en Janvier 1968.

OBSERVATION N° 15

Monsieur H... né en 1894 présentait en 1965 une tuméfaction costale au niveau de la 9e et 10e côte, au niveau de laquelle on intervient.

Un an plus tard elle réapparaît, s'accompagne d'une altération de l'état général avec toux, expectoration et des troubles de la marche. Sur les radiographies existent des images pulmonaires polycycliques et une lyse totale de L₃.

A la recherche d'une étiologie, une cartographie est faite, elle ne montre pas de fixation aberrante mais au niveau du corps thyroïde le lobe gauche est homogène, le droit hétérogène.

En Avril 1967, une adénopathie sus-claviculaire gauche apparaît ; elle est biopsiée : il s'agit d'un épithélioma thyroïdien différencié trabéculo-nodulaire. A cette époque le malade souffre au niveau des membres inférieurs et est incapable de marcher.

Après T.S.H il reçoit 100 mc d'I₁₃₁ mais décède en Mai 1967.

OBSERVATION N° 16

Monsieur W... né en 1919 subit plusieurs interventions sur le corps thyroïde sans examen histologique, successivement en 1942, 1957, 1959. Une dernière en Mars 1964 fut suivie d'une irradiation.

En Novembre 1964, apparaissent des douleurs lombaires irradiant dans le territoire sciatique gauche s'accompagnant de signes pyramidaux, d'une constipation et de troubles de la miction. Sur les radiographies, on note un tassement de L₅ et des images pulmonaires nodulaires bilatérales.

Le malade est adressé en neurochirurgie pour une décompression : la métastase osseuse est faite de tissu thyroïdien. Elle est suivie d'une radiothérapie : 1 000 r sur la région lombosacrée, 4 000 r sur L₅. Une cartographie montre deux zones de tissu thyroïdien au niveau du lobe gauche. Le malade reçoit 100 mc d'I₁₃₁.

En Janvier 1965, la paraplégie a nettement régressé, le malade marche, ne présente plus de troubles sphinctériens. Seules persistent les douleurs lombaires.

Une nouvelle cartographie en Février montre deux foyers de fixation, lombaire au niveau de L₂-L₃ et hilare bilatérale. Il reçoit 96 mc d'I₁₃₁ mais rapidement apparaissent des métastases frontales et au niveau de D₉-D₁₁ sur les radios.

Une nouvelle radiothérapie de 3 500 r est entreprise.

Le malade meurt en Mars 1965 de détresse respiratoire.

OBSERVATION N° 17

Madame P... née le 3 juin 1897 présente en 1963 une fatiguabilité à la marche puis une douleur du mollet gauche dont l'évolution se fait vers une sciatique gauche hyperalgique pour laquelle elle est opérée en 1964. Il s'agit d'une tumeur au niveau de L₄-L₅ faite de tissu néoplasique de type vésiculaire très différencié.

Les douleurs réapparaissent 15 jours après l'intervention.

Elle consulte à Gustave Roussy en Aout 1965 pour des douleurs lombaires irradiant à la face antérieure des cuisses, des troubles sensitifs dans le territoire du sciatique gauche sans signes pyramidaux. De plus cette femme présente une hémianopsie bitemporale avec effondrement de la selle turcique et un aspect ostéolytique de la région fronto-pariétale, et sur les radiographies du rachis un ramaniement de la structure de L₅.

Le traitement entrepris comprend : 100 mc d'I₁₃₁, une radiothérapie lombaire et cranienne.

L'amélioration des douleurs lombaires et des signes périphériques est nette en Septembre. Mais la métastase cranienne évolue progressivement.

La malade meurt en Janvier 1967.

OBSERVATION N° 17

Madame P... née le 3 juin 1897 présente en 1963 une fatiguabilité à la marche puis une douleur du mollet gauche dont l'évolution se fait vers une sciatique gauche hyperalgique pour laquelle elle est opérée en 1964. Il s'agit d'une tumeur au niveau de L₄-L₅ faite de tissu néoplasique de type vésiculaire très différencié.

Les douleurs réapparaissent 15 jours après l'intervention.

Elle consulte à Gustave Roussy en Aout 1965 pour des douleurs lombaires irradiant à la face antérieure des cuisses, des troubles sensitifs dans le territoire du sciatique gauche sans signes pyramidaux. De plus cette femme présente une hémianopsie bitemporale avec effondrement de la selle turcique et un aspect ostéolytique de la région fronto-pariétale, et sur les radiographies du rachis un ramaniement de la structure de L₅.

Le traitement entrepris comprend : 100 mc d'I₁₃₁, une radiothérapie lombaire et crânienne.

L'amélioration des douleurs lombaires et des signes périphériques est nette en Septembre. Mais la métastase crânienne évolue progressivement.

La malade meurt en Janvier 1967.

OBSERVATION N° 18

Monsieur D... né en 1910 présente depuis 1967 des douleurs lombaires basses et sacro-iliaques. Lorsqu'il est vu à Gustave Roussy en Février 1968 il existe des douleurs à la pression des sacro-iliaques, un lobe thyroïdien gauche augmenté de volume et un ganglion cervical droit dur.

Sur la scintigraphie il s'agit d'un nodule froid et sur les radiographies il existe une ostéolyse de L₅.

En Mai, une thyroïdectomie gauche totale et subtotale à droite montre qu'il s'agit d'un épithélioma vésiculaire.

En post-opératoire, les métastases ne sont pas fixantes. Une radiothérapie est entreprise mais un épanchement pleural apparaît, l'état général s'altère, les signes au niveau des membres inférieurs s'aggravent avec amyotrophie, impotence, hyperflexivité.

Le malade décède le mois suivant.

De l'étude des 19 cas précédents, nous pouvons noter les faits suivants, sans aucune valeur statistique, l'échantillonnage étant trop faible.

1) L'âge des malades lors de l'apparition des signes de compression :

- 7 d'entre eux étaient âgés de 50 à 60 ans
- 4, de 60 à 70 ans
- 3, de 70 à 80 ans et de 40 à 60 ans
- alors que 2 seulement avaient moins de 40 ans.

2) Leurs antécédents :

- 12 de ces malades avaient des antécédents de goitre plus ou moins lointains, 48 ans dans l'observation n° 14, 23 ans dans l'observation n° 2, entre 15 et 6 ans dans les autres cas. Parmi ceux-ci, 6 se révélèrent être une tumeur maligne.

- dans 2 cas, ce sont les modifications d'un goître connu qui marque le début des signes (observations n° 3 et n° 14).

- dans 5 cas, la métastase est révélatrice parmi ceux-ci. 4 goîtres sont découverts dès le premier examen clinique (observations n° 6, 12, 15, 18).

3) Sur le plan anatomo-pathologique, on note une nette prédominance des formes ortho et dysplasiques au dépend des formes anaplasiques. En effet, deux cas seulement sont des épithéliomas anaplasiques (n° 3 et n° 9) frappant des sujets jeunes (36 et 33 ans).

Pour les autres observations on retrouve dans 6 cas des formes orthoplasiques de type vésiculaire et dans 7 cas des formes dysplasiques de type vésiculo-papillaire (1 cas), trabéculaire (1 cas), trabéculovésiculaire (4 cas) et enfin trabéculaire cellules oxyphiles type Hurtle (dans 1 cas).

Dans 3 observations, nous n'avons aucune donnée anatomo-pathologique. Dans 1 observation il s'agit d'un adénome foetal.

4) Evolution de la paraplégie.

La durée d'installation de la paraplégie complète est difficile à préciser, les malades étant généralement traités lors des premiers signes de compression. Cependant dans les formes où la paraplégie est révélatrice, on retrouve des signes de souffrance rachidienne plus de 3 ans auparavant dans le cas n° 12 ; 2 ans dans le cas n° 8 ; 1 an dans les observations n° 3 et n° 15 enfin 6 mois dans l'observation n° 6.

Quant à l'évolution sous l'effet du traitement : sur les 18 observations où un traitement spécifique a été entrepris soit par l'I₁₃₁ seul (1 cas), soit par la radiothérapie seule (7 cas), soit par l'association des deux (4 cas), soit par laminectomie suivie de radiothérapie (4 cas) ou de l'association I₁₃₁ et radiothérapie (1 cas), on note une amélioration des signes périphériques 11 fois. Il s'agit :

- des 4 observations où le malade a subi une intervention de décompression,
- de 4 cas où étaient associés I₁₃₁ et radiothérapie,
- de 3 cas traités par radiothérapie seule.

5) Le pronostic lorsque la paraplégie apparaît.

Dans notre observation personnelle, nous avons été frappé par la durée de l'évolution après les premiers signes de compression : 6 ans. Or, dans la série des observations de l'Institut Gustave Roussy, 3 cas seulement voient une durée d'évolution supérieure ou égale à 6 ans (n° 1, n° 8, n° 10) ; il s'agit de 2

épithéliomas vésiculaires et de l'adénocarcinome à cellules de Hurtle.

- L'évolution est de 5 ans dans l'observation n° 5 ; il s'agit de l'adénome foetal.

- L'évolution est égale ou supérieure à 2 ans dans 5 observations (n° 2, 4, II, I3, I4, I7).

- L'évolution est égale ou inférieure à I an dans 7 observations.

- Enfin dans l'observation n° I2, les premiers signes neurologiques sont apparus en 1966 et le malade est toujours suivi

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Une revue de la littérature ne nous a permis de retrouver uniquement 13 cas de paraplégie par métastases vertébrales de cancer de la thyroïde, que nous nous proposons de résumer brièvement.

HALNAN rapporte 9 cas.

n° 1-

Il s'agit d'un homme de 51 ans, thyroïdectomisé pour tumeur histologiquement bénigne en 1961, présentant en Janvier 1964 des parésies des membres inférieurs, des troubles sensitifs et mictionnels. La paraplégie sera complète 8 mois plus tard.

Une intervention de décompression est pratiquée au niveau de D₆. Il s'agit de tissu thyroïdien de type folliculaire.

Il reçoit successivement 150 mc puis 200 mc d'I₁₃₁ traitement complété par une radiothérapie vertébrale. Le résultat est excellent en Janvier 1966, les douleurs ont disparu. La marche est possible. Il n'y a plus de trouble sphinctérien. Il reçoit à nouveau 200 mc d'I₁₃₁.

En Mai 1966 il vit normalement.

n° 2-

Il s'agit d'une femme de 70 ans porteuse d'un goitre ancien chez qui la paraplégie fut terminale.

n° 3 -

Il s'agit d'un épithélioma à cellules oxyphiles de Hurtle chez un homme de 55 ans avec métastases lombaires. La paraplégie fut terminale.

n° 4 -

Un homme de 54 ans avait subi une intervention sur le corps thyroïde pour lésion bénigne 9 ans auparavant quand s'installa en 9 mois une paraplégie par atteinte de D₃-D₄. Une laminectomie fut faite, complétée par une radiothérapie mais le malade décéda un mois plus tard.

n° 5 -

Il s'agit d'un homme de 47 ans ayant subi une thyroïdectomie pour lésion "bénigne" 6 ans auparavant, chez lequel une paraplégie apparaît et se complète en 6 mois. Il fut traité par l'I₁₃₁. La survie fut de 7 mois.

n° 6 -

Une femme de 47 ans, porteuse d'un goitre depuis 10 ans, subit une intervention de décompression au niveau de C₇-D₁ pour une paraplégie spasmodique évoluant depuis 12 mois. Cette intervention est suivie d'une radiothérapie. Il s'agissait d'une métastase d'un épithélioma folliculaire.

6 mois plus tard la récupération est totale. Elle reçoit alors de l'I₁₃₁ pour détruire le corps thyroïde (2 fois 150

Un an plus tard l'état de la malade est excellent



n° 7 -

Il s'agit d'une femme de 64 ans porteuse d'un goitre depuis 25 ans, mais se modifiant en taille et consistance depuis 5 ans, qui présenta une paraplégie progressive par atteinte de C₅- C₆- D₆- D₈- D₁₁- D₁₂ qui fut terminale en 12 mois malgré la radiothérapie. Il s'agissait d'une forme anaplasique.

- - - -

n° 8 -

Un homme de 54 ans constitue une paraplégie en 6 mois, une laminectomie est pratiquée. Il s'agit de tissu thyroïdien néoplasique de type folliculaire. Le traitement comprend une radiothérapie et de l'I₁₃₁. La récupération est incomplète et la survie de 6 mois.

- - - -

n° 9 -

Il s'agit d'une femme de 66 ans sans antécédent notable qui présente des douleurs dorsales puis une sciatique. Il existe une atteinte de D₁₂L₁ et de C₇. Une laminectomie est pratiquée. Il s'agit d'un épithélioma folliculaire. Elle est complétée par l'I₁₃₁ et une radiothérapie. La régression fut complète et la survie dépasse 4 ans.

- - - -

* BRADLEY et COLEY rapportent en 1949 un cas de paraplégie 23 ans après thyroïdectomie pour une lésion bénigne et 11 ans après l'apparition de métastases. La régression fut complète après décompression et radiothérapie. L'état du patient fut bon pendant 8 ans.

OUTERBRIDGE en 1947 rapporte deux cas :

- Dans le premier, il s'agit d'une paraplégie se développant lentement en 2 ans suivie d'une récupération partielle après décompression et radiothérapie.

- Dans le second, d'une paraplégie de constitution rapide avec récupération complète après décompression et radiothérapie.

BARRON, HIRANO et ARAKI en 1959 rapportent le cas d'une paraplégie à début rapide suivie d'une récupération complète après décompression. La mort survenant 9 ans plus tard par dissémination métastatique.

ALEXANDER en 1956 rapporte le cas d'une paraplégie incomplète par lésion de D₃ traitée avec succès par une laminectomie puisque la survie dépassa 5 ans malgré l'existence d'autres métastases.

Ces observations étant rapportées le plus souvent lors de l'étude des signes neurologiques dus à des métastases vertébrales d'origines diverses, sont malheureusement incomplètes.

Le nombre peu élevé d'observations que nous avons retrouvé dans la littérature s'explique par la rareté du cancer de la thyroïde et de ses métastases vertébrales.

Les néoplasies thyroïdiennes sont en effet rares : 12 cas sur un million par an, soit 1 % de la mortalité par cancer d'après HALNAN. Les métastases osseuses sont classiques

HALNAN étudie une série de 57 cas parmi lesquels il note :

- 20 métastases vertébrales,
- 13 métastases pelviennes,
- 7 métastases sternales,
- 6 métastases crâniennes,
- 5 métastases fémorales,
- 5 métastases costales,
- 3 métastases humérales,
- 3 métastases scapulaires
- 1 métastase radiale,
- 1 métastase tibiale,
- 1 métastase faciale.

J.C. SAVOIE et H. GARNIER en 1968, dans une série de 145 cancers de la thyroïde, dénombrent 13 métastases osseuses dont 7 rachidiennes parmi lesquelles 5 étaient à l'origine d'une compression médullaire et 2 d'une compression radiculaire. Les 6 autres étaient pelviennes.

D'autre part, si l'on considère les métastases vertébrales à l'origine de paraplégie, la tumeur primitive est thyroïdienne dans :

- 2 cas sur une série de 23 (ASENI, SIMIONESCU and HOWARTH, 1959)
- 3 cas sur 127 pour BARRON et collaborateurs (1959)
- 2 cas sur 95 pour TOUMEY (1943)
- 1 cas sur 15 pour ALEXANDER, DAVIS et FIELD (1956)
- 1 cas sur 50 pour MULLAN et EVANS (1957)
- 9 cas sur 160 pour BRICE et M.C. KISSOCK (1965).

Ces chiffres permettent d'évaluer à environ 4 % la fréquence des tumeurs thyroïdiennes à l'origine de paraplégie par métastases vertébrales.

Il faut noter que nombre de malades présentait des antécédents de goitre avant l'apparition du cancer :

- 8 cas dans notre série,
- 6 cas sur 9 chez HALNAN,
- 72 cas sur 145 pour J.C. SAVOIE et H. GARNIER, soit 50%

chiffre élevé dans cette série puisque la fréquence d'apparition d'une tumeur maligne chez les sujets porteurs d'un goitre non toxique serait de :

- 7,6 % pour HURTON et LORD (1945),
- 7,8 % pour SURRIDGE et KROGER (1961),
- 8,5 % pour FOWLER et MAJARAKIS (1961).

En fait, on sait les difficultés que l'on peut rencontrer pour distinguer les cellules malignes de simples cellules hyperplasiques (DARGENT).

Au point de vue clinique, dans la majorité des cas, les signes révélateurs de la métastase sont des douleurs dorsales, d'abord isolées, intermittentes, puis permanentes, avec inconstamment des douleurs sur les trajets des racines par compression radiculaire.

Ces signes sont retrouvés dans :

- 90 % des cas pour BOTTERELL et FRITZ GERALD (1959),
- 90 % des cas pour BRICE et Mc KISSOCK (1965),
- 82 % des cas pour BARRON et collaborateurs (1959),
- 86 % des cas pour ASENI et collaborateurs (1959).

Les douleurs isolées au début pendant une période de quelques jours à plusieurs mois (3, 5 mois dans la série de BOTTERELL et FRITZ GERALD) s'accompagnent bientôt de 3 ordres de signes :

- des troubles sensitifs décrits comme des picotements, engourdissements, sensation de membre absent ou de froid,
- d'une diminution de la force musculaire progressive ou rapide,
- de troubles sphinctériens ; difficultés à la miction puis rétention complète, constipation devenant opiniâtre.

Les signes radiologiques sont constants dans nos cas personnels et dans ceux de la littérature, hormis pour BRICE et Mc KISSOCK (1965) qui notent leur absence dans 12 % des cas et pour BARRON et collaborateurs (1959) où ils seraient absents dans 10 % des cas.

L'intervalle de temps entre les premiers signes de compression médullaire et la paraplégie est très variable. Dans les cas rapportés par HALNAN cet intervalle varie de 14 mois à 2 semaines. Dans notre observation personnelle il s'est écoulé 6 ans entre les premières douleurs et la paraplégie terminale. Dans la série d'observations de l'Institut Gustave Roussy, l'intervalle le plus long est de 3 ans (cas n° 12).

Quant aux métastases d'autre origine, KENNEDY et STEM (1962) évaluent le temps de constitution de la paraplégie à environ 4 semaines dans les métastases bronchiques et 14 semaines lorsque la tumeur primitive est mammaire.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles seront souvent déterminées par la précocité du diagnostic.

L'apparition d'un syndrome douloureux rachidien : rachialgies ou douleurs radiculaires doit déclencher les examens paracliniques sans attendre l'apparition des signes déficitaires.

Outre les renseignements obtenus par l'examen radiologique du segment intéressé, on aura recours à la ponction lombaire avec étude cyto-albuminologique du L.C.R. et épreuves de Queckenstedt-Stookey.

Bien entendu, une scintigraphie recherchera la présence d'une métastase osseuse fixante. De toute manière, cet examen devra toujours précéder l'éventuelle décision d'une myélographie lipiodolée.

D'ailleurs, une exploration gamma-myélographique peut souvent se montrer très instructive (au technetium ou au xenon, par exemple) et éviter l'emploi du contraste huileux.

Remarquons aussi que l'aortographie sélective pourrait apporter des renseignements diagnostiques extrêmement précieux si elle n'avait pas pour conséquence, de saturer l'organisme en iode pour une durée prolongée. Les opacifications obtenues par cette méthode dans quelques cas se sont révélées particulièrement parlantes du fait de la vascularité de ces lésions.

Si les examens complémentaires visualisent une compression médullaire même incomplète, cliniquement soupçonnée, l'indication chirurgicale s'impose d'emblée et sans attendre.

La chirurgie a pour but à la faveur d'une laminectomie décompressive de mettre le névraxe à l'abri et d'éloigner le spectre de la paraplégie.

Son rôle est donc essentiellement mécanique. Plus le geste surviendra tôt, c'est à dire plus il sera préventif, meilleur sera le résultat fonctionnel, car il y aura d'autant moins à récupérer que le malade aura moins perdu.

Bien entendu, à la chirurgie succèdera immédiatement le traitement radio-isotopique, ou la radiothérapie.

Ainsi dans notre série, 3 sur 4 des paraplégies révélatrices furent opérées. La récupération fut bonne pendant un an (n° 8), incomplète chez les deux autres malades (n° 12 et 16).

Dans la série de HALNAN, 5 cas sur 9 furent opérés, la décompression est suivie d'une guérison complète dans 4 cas (n° 1, 6, 8, 9). Le traitement étant complété par une radiothérapie dans tous les cas et l'I₁₃₁ dans 3 cas. Dans deux de ces observations la paraplégie était complète depuis 2 mois. Dans le cas n° 1, il y a un recul de 22 mois et dans le cas n° 6 de 3 ½ a. Dans le cas n° 8 de 6 mois. Dans le cas n° 9 la paraplégie réapparaît un an plus tard.

KENNEDY et STERN (1961) notent une amélioration ssphinctérienne dans 19 cas sur 59.

BRICE et MAC KISSOCK, une amélioration dans 30 % des cas.

Lorsque les métastases captent l'iode :

- soit d'emblée, 5 à 20 % des cas suivant les auteurs,
- soit après induction par la thyroïdostimuline endogène après thyroïdectomie totale ou exogène, l'administration de 100 mc répétée, les doses pour le même malade pouvant aller jusqu'à 1 200 mc, améliore les signes cliniques et radiologiques.

Dans notre série, 9 cas sur 19 étaient iodofixants. Un cas fut traité par l'I₁₃₁ seul (observation personnelle) mais trop tardivement et l'évolution fut rapidement fatale. Tous les autres malades bénéficièrent d'une association d'I₁₃₁ et d'une radiothérapie locale.

Lorsque le traitement est précoce, les métastases fixantes ont à 5 ans un pronostic meilleur que celles demeurées froides.

TUBIANA dans une série de 147 cas de cancer thyroïdien, note chez 25 malades porteurs de métastases osseuses fixant l'iode :

- 1 malade perdu de vue à 3 ans,
- 10 vivants à la 5e année. Pour l'un d'entre eux il existe un recul de 16 ans avec reconstruction osseuse.

Chez 28 malades non iodofixants :

- 11 % de survie à 2 ans,
- 0 de survie à 5 ans.

DARGENT pense que les survies à 5 ans dépassent 60 % mais qu'il est rare d'arriver à 10 ans.

C O N C L U S I O N

Les paraplégies par métastase vertébrale d'un cancer thyroïdien sont rares du fait de la fréquence peu élevée de ce néoplasme. A l'opposé de paraplégie d'autre origine, elles ne semblent pas constituer un élément trop péjoratif du pronostic en raison :

- de la lenteur de leur installation,
- des possibilités thérapeutiques.

La métastase peut être iodofixante d'emblée, ou le devenir après thyroïdectomie. Le traitement par l'I₁₃₁, en raison de son délai d'action est d'autant plus efficace qu'il est entrepris précocément.

Quant à la chirurgie, elle semble surtout être pratiquée lorsque l'installation de la paraplégie est brutale. L'examen histologique de la pièce permet d'en connaître l'origine.

Si les effets de la laminectomie sont inconstants et temporaires, elle est toujours complétée par une radiothérapie ou un traitement par l'I₁₃₁, ou l'association des deux.

Dans notre série de 19 cas, la survie après l'apparition des premiers signes de compression est de :

- 10 ans dans un cas (n° 8),
- plus de 5 ans dans 3 observations (n°5 et 10),
- plus de 2 ans dans 7 observations (N° 1, 2, 4, 11, 13, 17),

- égale ou inférieure à 1 an dans 7 observations (n° 3, 6, 7, 9, 16, 17, 18),

- pour l'observation n° 12, il existe un recul de 3 ans.

Obs.	Age	Antécédent: Date du de goitre	Premier signe neurologique	Constitution: de la Paraplégie	Autres : Métastases: d'évolution:	Durée	Histologie
O.P.	I 897	-41 ans	I 963	I 967		6 ans	Epithélioma : trabéculo- : vésiculaire
I 295	I 905	-33 ans	I 965		Crânienne: Pulmonaire:	32 ans ou 3 ans	Epithélioma : microvésicul : re
2 1963	I 889	-23 ans	I 945		Osseuse : Cérébrale	4 ans	
3 5788	I 914	-10 ans	I 950	I 951	Sternale	< 1 an	Epithélioma : atypique
4 4725	I 893	- 6 ans	I 951		Iliaque	4 ans	Epithélioma : vésiculo- : trabéculaire
5 2 0007	I 893	-5 ans	I 951			5 ans	Adénome foet
6 22239	I 897		I 952	I 952		< 1 an	Epithélioma : vésiculaire
7 3 5234	I 887	-15 ans	I 952		Pulmonaire:	< 1 an	Epithélioma : trabéculaire
8 5 3037	I 888		I 953	I 955	Costale : Pulmonaire:	10 ans	Epithélioma : vésiculaire
9 6 4358	I 923		Aout I 956	I 957	Costale : Crânienne	< 1 an	Epithélioma : atypique

ps.	Age	Antécédents : de goitre	Date du diagnostic du néo	Premier signe neurologique Date : Nature Niveau	Constitution : de la paraplégie	Autres Métastases	Durée d'évolution	Histologie
I0 4510	1894	-14 ans	1954	L5 : Radicul.		Pulmonaire : Crânienne	7 ans	Cellules de Hurtle
II 5271	1923		1959	L5 : Médul.		Sternale : Scapulaire	2 ans	Epithélioma : vésiculo- trabéculaire
I2 05801	1909		1967	D7 : Médul.	1967	: Scapulaire		: Adénocarcino- me trabéculo- vésiculaire
I3 01360	1910		1966	C6 : Radicul.	1968	: Iliaque : Sacrée	2 ans	Epithélioma : vésiculaire
I4 07335	1892	-17 ans	1964	L4 : Radicul.		: Pulmonaire : Iliaque : Crânienne	3 ans	
I5 07632	1894		1967	L3 : Médul.		: Costale : Pulmonaire	1 an	Epithélioma : trabéculo- vésiculaire
I6 07997	1918	->15 ans	1964	L5 : Médul.	1964	: Frontale : Pulmonaire	< 1 an	
I7 04823	1897		1963	L4-L5 : Radicul.		: Crânienne	4 ans	Epithélioma : vésiculaire
I8 0628	1910		1968	L5 : Médul.	1968	: Pleurale	1 an	Epithélioma : vésiculaire

Obs.	Localisation	1er traitement	Résultat	2e traitement	Résultat	3e traitement
O.P.	D ₅ L ₅ -S ₁	I ₁₃₁ 200 mc aout 1966	Aggravation + 7 mois			
I	D ₅	Radiothérapie en 1936	Disparition des douleurs jusqu'en 65	L ₁ Radiothérapie aout 1965	Disparition des douleurs I ₁₃₁ 300 + 130 mc décembre 1965 - 1966	Diffusion + 1968
2	D ₄ -D ₅	Radiothérapie I 600 r X 3 aout 1949	Douleurs inchangées Marche plus facile	Rx 2 000 r X 3 décembre 1949	Amélioration jusqu'en mai 1951	Diffusion + janvier
3	L ₄	Radiothérapie novembre 1950	Diffusion des métastases. + janvier 51			
4	D ₈ -D ₁₁	Rx 3 400 r X 2 + 3 000 r mars 1951	Amélioration des douleurs	L ₃ I ₁₃₁ 100 mc	Disparition des signes jusqu'en 53	D ₁₂ -D ₈ Rx 3 200 r + 3 000 r X 2 juillet 5
5	D ₁₀ -D ₁₁ C ₇	Rx 3 000 r juin 1953	Amélioration des douleurs			+ 1957 crise cardiaque
6	D ₈ -D ₉ -D ₁₀	Rx 2 000 r + I 200 r mai 1952	Evolution vers la para- plégie + février 53			

Obs.	Localisation	1er traitement	Résultat	2e traitement	Résultat	3e traitement
7	D ₁₀ -D ₁₁	+ novembre 54				
8	L	Laminectomie + 3 000 r avril 1955	Récupération → avril 1956	I ₁₃₁ 90 + 50 mc	Amélioration: juin 1958 Recalcification: I ₁₀₀ mc X 2 → juin 1958	+ avril 1963 D ₅ -D ₆ -D ₇ -D ₈
9	L	Octobre 1956 pas de traitement	+ janvier 57			
10	L ₅	I ₁₃₁ 100 mc mars 1957	Amélioration nette: X 3 → juillet 57	Rx I 500 r	Disparition des douleurs	- 1964 dissémination
11	L ₅	I ₁₀₀ mc X 3 fin 1963	Douleurs améliorées: décembre 64 → I2.64	Rx 3 000 r	Nette amélioration: avril 1965	+ juillet 1965 diffusion
12	D ₇	Laminectomie juin 1967	Régression: de la paralysie	Rx 4 400 r	fin juin marche normale quelques douleurs	
13	C ₆	Rx 5 000 r février 1967	Pas d'amélioration	D ₁₁ -D ₁₂ -L ₁ 500 r mars 67 Laminectomie niveau C ₆	Aucun	+ 1968

bs.	Localisation:	1er traitement:	Résultat	2e traitement:	Résultat	3e traitement:
I4	L4	Rx 3 000 r novembre I965	Amélioration: → mai 67	Rx 3 000 r	+ janvier I968	
I5	L3	Pas de traite- ment	+ mai I967			
I6	L5	Décompression Rx 4 000 r novembre I964	Persistance de douleurs minimes	L2-L3 I131 96 mc février I965	D9-D11 Rx 3 500 r mars I965	+ I965 (27.3.)
I7	L4-L5	Décompression I964	Disparition des douleurs pendant I5 jours	I131 avril 65 Rx 3 500 r	Amélioration: nette des douleurs	+ janvier I967
I8	L5	Radiothérapie avril I968	Disparition radiologique de la métas- tase			+ mai I968

Obs.	: Traitement du K thyroïdien :	Traitement des métastases
O.P.	: Thyroïdectomie :	I ₁₃₁
I	: Thyroïdectomie + 300 mc I ₁₃₁ :	Radiothérapie + 300 mc I ₁₃₁
	: + radiothérapie :	
2	: Thyroïdectomie + collier de :	Radiothérapie
	: radium + 90 mc I ₁₃₁ :	
3	: Thyroïdectomie :	Radiothérapie
4	: Enucléation + 82 mc I ₁₃₁ :	Radiothérapie + 82 mc + 100 mc
	: :	I ₁₃₁
5	: Thyroïdectomie :	Radiothérapie
6	: Thyroïdectomie :	Radiothérapie
7	: Thyroïdectomie :	Radiothérapie
8	: 100 mc I ₁₃₁ :	Décompression + greffe
	: :	Radiothérapie + 90 mc + 100 mc
	: :	X 2
9	: Thyroïdectomie :	
10	: Thyroïdectomie + radiothé- :	
	: rapie :	Radiothérapie + 100 mx X 2
11	: Thyroïdectomie + radiothé- :	Radiothérapie + 100 mc I ₁₃₁ X 4
	: rapie + 100 mc I ₁₃₁ :	
12	: 100 mc I ₁₃₁ :	Laminectomie + radiothérapie
13	: 100 mc I ₁₃₁ :	Laminectomie + radiothérapie
14	: :	Radiothérapie
15	: 100 mc I ₁₃₁ :	
16	: Thyroïdectomie + radiothé- :	Laminectomie + radiothérapie
	: rapie + 100 mc I ₁₃₁ :	
17	: 100 mc I ₁₃₁ :	Décompression + radiothérapie
18	: Thyroïdectomie + 100 mc :	
	: I ₁₃₁ :	

Obs.	Antécédent : de goitre	Premiers signes de compression	Evolution	Niveau	Traitement	Evolution	Histologie
ALINAN I 51 a	I96I	I964 compression	Paraplégie : complète en 8 mois	D ₆	Décompression : I50 mc + 200 : + radiothéra- : : pie :	Disparition : des signes : en 4 mois :	Epithélioma folliculaire
2 70 a	goitre ancien		Paraplégie : terminale	C ₂			
3 55 a			Paraplégie : terminale	L	Radio- thérapie		Epithélioma à cel- lules oxyphiles de Hertle
4 54 a	-9 ans	douleurs	Paraplégie : installée en I4 mois	D ₃ -D ₄	Laminectomie : Radiothéra- : pie :	Décès un mois plus tard	
5 47 a	-6 ans		Paraplégie : en 6 mois	D ₁ -D ₂	I ₁₃₁	Décès 7 mois plus tard	Epithélioma folli- culaire
6. 47 a	-10 ans	déficit moteur I962	Paraplégie : en un an	C ₇	Laminectomie : Radiothéra- : pie I ₁₃₁ 2 X I ₁₅₀	Récupératim : totale en 6 mois	Epithélioma folli- culaire
7 64 a	-25 ans	douleurs	Paraplégie : en I4 mois	C ₅ -C ₆ D ₆ -D ₈ D ₁₁ -D ₁₂	Radio- thérapie	Survie de I2 mois	Epithélioma anaplasique

B I B L I O G R A P H I E

- ALEXANDER E. jun - DAVIS C.H. jun and FIELD C.H. (1956)
Neurology (Minneop.), 6, 103.
- ASENI C.N. - SIMIONESCU M.D. and HOWARTH L. (1959)
Acta psychiat. scand. 34, 398.
- AURIOL - CHOMETTE - PINEAUDEAU (1964)
Bulletin du cancer, 2, 181.
- BARRON K.D. - HIRANO A. - ARAKI J. and TERRY R.D. (1959)
Neurology (Minneop), 9, 91.
- BENUA R.S. - CICALO N.R. - SONNEBERG M. (1962)
Amer. J. Roent., 87, 171.
- BOTTERELL E.H. and FITZGERALD C.W. (1959)
Canada Med. Ass. J., 80, 791.
- BRICE J. and MAC KISSOCK W. (1965)
Brid. Med. J., 1, 1341.
- COHNHEIM (1876)
Arch. Path. Anat., 68, 547.
- COLEY-BRADLEY L. (1949)
Neoplasm of Bone and Related conditions (New York).
- CONSTANS J.P. et BRICOUT J. (1963)
G.M. de France, 1, VI.
- DARGENT M. (1967)
Considérations sur le traitement du cancer thyroïdien.
Semaine des Hôpitaux, 1949.
- DARGENT, BERGER (1963)
Valeur et place de l'I₁₃₁ dans le traitement du cancer thyroïdi
Bulletin du cancer, 3, 361.
- FOWLER E.F. - MAJARAKIS J.D. and COLE W.H. (1961)
Arch. Surg., 82, 925.
- HALNAN K.E. (1965)
Brit. J. Surg., 52, 736.

- HALNAN K.E. - ROBERTS P.M. (1967)
Paraplegia caused by spinal metastasis from thyroid cancer.
Brit. Medical J., 3, 534.
- HALNAN (1966)
Cancer (Philad), 19, 1536.
- HAYNE T.P. - NOFAL M. et BERERWALT (1963)
Traitement of thyroid carcinoma with I₁₃₁.
JAMA, 183-303.
- HINTON J.W. and LORD J.W. Jun. (1945)
J. amer. med. ass., 129, 605.
- KENNEDY J.C. and STERN W.E. (1962)
Amer. J. Surg., 104-155.
- MULLAN J. and EVANS J.P. (1957)
Arch. Surg. 74-900.
- OUTERBRIGDE R.E. (1947)
Ann. Surg. 125-282.
- POCHIN Eric (1969)
Thyroid adenocarcinoma a functioning tumor, 1-9, 4.
- RAVAUULT - LEJEUN (1964)
A propos du cancer secondaire des os.
Rev. Rhumat., 486-493.
- SAVOIE J.C. - GARNIER R.H. (1968)
A propos d'une série de 145 cas de cancer thyroïdien et du traitement par thyroïdectomie totale complété par l'I₁₃₁.
Bulletin du cancer, 3-431.
- SURRIDGE R.C. and KROGER W.P. (1961)
Archi. Surg., 82-910.
- TOUMEY J.W. (1943)
J. Surg, 25-292.
- TUBIANA - PEREZ (1968)
La survie des cancers thyroïdiens traités par I₁₃₁.
Presse médicale 76-1999.

- 1 AVR 1970

VU

LE PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR
DE L'ACADÉMIE DE PARIS

ETUDE DES COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES

Mallier

PAR

METASTASES VERTEBRALES D'ORIGINE THYROIDIENNE

PRESIDENT P. TUBIAWA

Le Doyen Honoraire
Administrateur Provisoire
de la Faculté de Médecine

h. w.



